

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



INTUBAZIONI DELLE VIE LACRIMALI

La situazione clinica attuale:

OSTRUZIONE DEL DOTTO NASOLACRIMALE

OCCHIO: Destro Sinistro Entrambi

Il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi:

INTUBAZIONE DELLE VIE LACRIMALI, che consiste nell'introduzione di tubicini di silicone nelle vie lacrimali previa specillazione delle stesse. Non vengono eseguiti tagli, ma si procede attraverso le vie anatomiche. L'intervento è eseguito in anestesia generale. L'asportazione dei tubicini viene eseguita dopo tre-sei mesi dall'intervento, in ambulatorio; solo in qualche caso è necessario eseguire una narcosi.

Le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'intervento:
non esistono alternative alla chirurgia per questo tipo di condizione.

Le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento chirurgico consigliato:
non ci sono trattamenti da eseguire subito prima della procedura.

I benefici attesi dall'intervento consigliato:

riduzione o scomparsa della epifora, ovvero del caratteristico sintomo associato alla ostruzione dell'apparato lacrimale che consiste in una lacrimazione continua, e delle infezioni recidivanti che ne sono diretta conseguenza. Tale risultato è correlato alle eventuali anomalie anatomiche delle vie lacrimali e all'età alla quale viene effettuato l'intervento, in quanto se eseguito dopo i 4 anni di età le possibilità di successo si riducono.

I disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento:

- sanguinamento temporaneo dal naso;
- terapia topica con colliri;
- rimozione involontaria dei tubicini da parte del bambino (tale situazione potrebbe richiedere la necessità di ripetere l'intervento di intubazione).

I possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:

- creazione di false vie;
- inefficacia del trattamento, con necessità di procedure più invasive nel tempo.

La possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili:
nessuna.

Le prevedibili conseguenze della “non cura”:

persistenza della lacrimazione e di infezioni recidivanti con disidratazione cutanea palpebrale, con conseguente necessità di interventi sempre più invasivi per tentare di risolvere il problema.

Eventuali considerazioni specifiche relative al caso in oggetto di consenso:

CONSENSO

Dopo aver letto e compreso l’informativa sopra riportata, con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera e incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:

paziente _____

Do il consenso a sottopormi all’intervento proposto, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dr.

_____ e averle comprese. Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all’esecuzione dell’atto sanitario proposto.

tutore del paziente interdetto o minorenne _____

curatore del paziente inabilitato _____

genitori* del paziente minorenne _____

In stampatello riportare nome e cognome e data di nascita del dichiarante

Data _____

Firma del curatore / tutore / genitore * _____

Firma del curatore / tutore / genitore * _____

*Nel caso di minore è necessario che entrambi i genitori siano informati e prestino il loro consenso, anche nel caso di genitori separati o divorziati e di affidamento del minore a un solo coniuge. Solo in caso di assenza di un genitore per lontananza o impedimento o incapacità naturale che rendano impossibile a uno dei genitori l’esercizio della potestà, tale potestà può esser esercitata in modo esclusivo dall’altro coniuge. In questo caso il genitore presente deve compilare un’autocertificazione con cui attesti, sotto propria responsabilità, la sussistenza della condizione che determina l’impossibilità a prestare il consenso dell’altro coniuge, esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente ad una mendace affermazione e accollandosene gli oneri.

Do il consenso a sottoporre mio figlio/il mio tutelato all'intervento proposto, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dr. _____ e averle comprese. Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all'esecuzione dell'atto sanitario proposto.

Data _____ Firma del Medico _____
(timbro o matricola e firma leggibile)

Indicare il nominativo dell'eventuale mediatore / interprete utilizzato
